

## Über die Pflicht des Menschen, gesundheitsschädliches Verhalten zu vermeiden: die "vergessene" Lebenswelt im Risikofaktorenmodell

Wambach, Manfred M.

Veröffentlichungsversion / Published Version  
Zeitschriftenartikel / journal article

### Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Wambach, M. M. (1988). Über die Pflicht des Menschen, gesundheitsschädliches Verhalten zu vermeiden: die "vergessene" Lebenswelt im Risikofaktorenmodell. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 12(4), 5-18. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-249172>

### Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

### Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

## T H E M A T I S C H E     B E I T R Ä G E

### ÜBER DIE PFLICHT DES MENSCHEN, GESUNDHEITS- SCHÄDLICHES VERHALTEN ZU VERMEIDEN.

#### DIE "VERGESSENE" LEBENSWELT IM RISIKO- FAKTORENMODELL

MAX M. WAMBACH

Der folgende Witz ist alt und in vielen Ländern beheimatet; hier eine moderne Variante. Sie zeigt unser Problem in emblematischer Form: Ein Bauer feiert seinen 100. Geburtstag, und die Journalisten stehen um ihn herum, um ihn zu interviewen. Worauf er denn seine ausgezeichnete Gesundheit und seine Langlebigkeit zurückführe? Ich trinke keinen Alkohol, ich rauche nicht, ich gehe früh zu Bett usw. usw., antwortet er. Seine Worte werden plötzlich durch Lärm und Geschrei am Hoftor unterbrochen. Die Journalisten fragen, was da wohl vor sich gehe. Das ist mein Vater, erklärt der Alte sehr verlegen, das passiert immer dann, wenn er besoffen nach Hause kommt. - Nützt es also nichts, gesundheitliche Regeln zu befolgen, gesundheitsriskante Verhalten zu vermeiden, Risikofaktoren auszuschalten? Verliert die allseits gelobte Präventivmedizin und Gesundheitspädagogik nicht ihren Heiligenschein, wenn es dem unvernünftigen Vater genauso gut geht wie seinem hundertjährigen vor- und umsichtigen Sohn?

"Das Interesse der institutionellen Ärzteschaften arbeitet mit allen Mitteln auf Zustände hin, in denen alles Körperliche total medikalisiert sein wird - von der Arbeitsmedizin über die Sportmedizin, die Sexualmedizin, die Verdauungsmedizin, die Ernährungsmedizin, die Fitneßmedizin, die Unfallmedizin, die Kriminalmedizin, die Kriegsmedizin bis hin zu den Medizinern, die sich die Kontrollkompetenz über gesundes und krankes Atmen, Gehen, Stehen, Lernen und Zeitungslesen gesichert haben - von der Schwangerschaft, Geburt, Sterben und anderen Kapriolen der menschlichen Körperlichkeit ganz zu schweigen" (SLOTERDIJK 1983, 504).

Diese Feststellung ist sicher nicht zu bestreiten. Die Aufzählung verweist aber zugleich auf die Tatsache, daß der Anspruch der Medizin über die Erfassung des

Somatischen hinausgeht. Die umfassende Medikalisierung ist indessen nicht etwa nur die Folge einer glanzvollen Entwicklung der Medizin, sie ist zugleich Ausdruck einer Niederlage vor dem Alltag und der Lebenswelt der Menschen. Am Modell der Risikofaktorenmedizin als einer neuen Form der Sozialmedizin, die Medicopädagogik und Medicopsychologie als Vorfeld und als nachbereitenden Interventionsraum einschließt, läßt sich das nachweisen und zudem zeigen, was eine Gesundheitsvorsorge sich von dieser Orientierung tatsächlich erhoffen darf.

Technische Fortschritte und soziale Erfolge in der Medizin, nicht zuletzt jedoch die immense Ausdehnung der Pharmaindustrie, bilden die Grundlage für die sich in den 40er und 50er Jahren des 20. Jahrhunderts entwickelnde Vorstellung, jede Krankheit sei bei rechtzeitiger Symptomwahrnehmung und adäquaten therapeutischen Maßnahmen prinzipiell heilbar. Komplementär dazu gilt die grundsätzliche Ansicht, daß der einzelne Mensch die Pflicht hat, sich rechtzeitig zum ärztlichen Experten zu begeben, sich ihm zu eröffnen und seine Diagnose und Behandlung anzunehmen. Entgegen dieser Vorstellung blieben chronische Leiden wie Diabetes, koronare Herzkrankheiten und Bluthochdruck unheilbar und fallen daher aus diesem Schema heraus. Prävention bezieht sich auf Eingriffe in individuelle Krankheitsprozesse, indem mittels entsprechender Therapien der Eintritt bestimmter Endstadien, beispielsweise Komplikationen bei chronischen Krankheiten, verhindert werden sollen. Ausgegangen wird von dem Axiom, daß Prävention beim Arzt-Patient-Kontakt anzusetzen habe. Weil bei vielen Symptomen der Arztbesuch als für die Heilung bereits zu spät gilt, sind Früherkennungsprogramme, z.B. die sogenannte Krebsvorsorge, entwickelt worden, um mit Hilfe diagnostischer Techniken zu einem möglichst frühen Zeitpunkt bereits bestehende Krankheitsentwicklungen zu erfassen. Diese an relativ unspezifischen Symptomen orientierte Strategie hat Präventionscharakter im Sinne einer vorverlegten Diagnosestellung. Für bestimmte Krankheiten, nämlich Stoffwechselstörungen und Herz-Kreislaufkrankheiten, konnte das Konzept der frühen Diagnose ausgedehnt werden. Die Weiterentwicklung betraf nicht deren gesellschaftliche Anwendung, sondern bestand in einem erneuten Vorgehen auf die Krankheitsentwicklung, nämlich auf individuell erfaßbare Risikofaktoren.

Da für die sogenannten modernen Zivilisationskrankheiten kein pathogener Faktor in Form eines Erregers ursächlich verantwortlich zu machen ist, wurden mittels empirischer Untersuchungen Risikofaktoren ermittelt, die in unterschiedlichen Konstellationen begünstigende Einflüsse auf Entstehung und Entwicklung einer Krankheit haben sollen. Den unterschiedlichen Krankheitsbildern ohne feststellbaren Erreger werden die verschiedensten Risikofaktoren zugeordnet. Ausmaß, Anzahl und Konstellation der jeweils bei einem bestimmten Individuum zusammentref-

fenden Faktoren werden als aussagekräftige Indizien für die Wahrscheinlichkeit einer entsprechenden Erkrankung gewertet. Das heißt: Die Risikofaktoren werden als diagnostisch-prognostische Elemente verwendet, wobei die Prognose selbstverständlich auch für die Erklärung schon eingetretener Krankheitsprozesse eingesetzt werden kann. So werden z.B. Bluthochdruck, Übergewicht, Blutfettgehalt und Nikotin als Risikofaktoren für Herzinfarkt angesehen. Die Definition dieser Risikofaktoren orientiert sich an empirisch ermittelten Normaldaten. Das bedeutet: Wenn die Blutwerte eines Menschen die Spanne des "normalen", "gesunden" Blutdrucks überschreiten und zudem sein Körpergewicht in Korrelation mit der Körpergröße über dem "Normalgewicht" liegt, dann ist diese Person gefährdet, weil zwei wesentliche Risikofaktoren, Bluthochdruck und Übergewicht, vorliegen. Sie erhöhen die Wahrscheinlichkeit eines Infarkts. Auf diese Weise wird der Mensch also in ein Bündel von Einzeldaten zerlegt, die, wenn sie von den Normalwerten abweichen, ein Gesundheitsrisiko beinhalten.

Unterdessen hat sich herausgestellt, daß eine massenhafte Pharmako-Prophylaxe für auf diese Weise ermittelte Risikoträger oft als Dauerbehandlung durchgeführt werden muß, was als Konsequenz einen gewaltigen Kosteneinstieg und zudem die Gefahr unerwünschter und möglicherweise äußerst gefährlicher Nebenwirkungen für die Betroffenen nach sich zieht.

Nun stellt dieses Modell der Risikofaktoren individuelle Verhaltensweisen als pathogen wirkende Faktoren in den Vordergrund, woraus sich neben der präventiven Intervention durch Verabreichung von Medikamenten die Anwendung von Sozialtechniken, zumeist pädagogischer und psychologischer Art, folgerichtig ergibt. Im Vergleich zu den sozialhygienischen Ansätzen, wie sie im 19. Jahrhundert entwickelt worden sind, zeigt sich hier die Ausprägung präventiver Strategien, die sich nicht mehr an den Bedingungen der Erkrankungen, sondern an den Möglichkeiten von Behandlung orientieren. Im Grunde handelt es sich darum, sowohl den möglichen Krankheitsverlauf als auch den möglichen Therapieverlauf in Form einer Wahrscheinlichkeitsrechnung zu bestimmen und einander anzunähern.

Hält man sich die Tatsache vor Augen, daß die Mehrzahl der Menschen trotz einer Fülle von Informationen über die Schädlichkeit bestimmter Lebensgewohnheiten dennoch weiterhin gesundheitsriskant lebt, wird deutlich, daß die Kombination medizinisch-definierter Risikofaktoren und "autoritativer Massenpädagogik" (HORN 1983, 52) ihr Ziel, Verhaltensänderung zwecks Risikoverminderung zu bewirken, nicht erreicht. Die Gleichsetzung von Risikofaktoren und Prädiktoren für chronische Erkrankungen sowie die Schlußfolgerung auf die Notwendigkeit der individuel-

len Verhaltensmodifikation scheitert an einer eindimensionalen monokausalen Einschätzung menschlichen Handelns. Dieses ist eben nicht überall Verhalten, das ständig nach einem Reiz-Reaktions-Schema abläuft. Menschliches "Verhalten" ist primär soziales Handeln, das von lebensweltlichen Motivationen, subjektiven Orientierungen und individuellen bzw. kollektiven Sinnstrukturen bestimmt wird. Lebenslauf und aktuelle Lebenssituation bilden zentrale Determinanten für die Auswahl der jeweiligen Handlungsstrukturen, deren Repertoire wiederum von kulturellen, klassen-, schicht- und geschlechtsspezifischen Bedingungen abhängig ist. Gesundheitsverhalten ist Teil des sozialen Handelns und kann deshalb in seiner Komplexität nicht losgelöst von den zugrunde liegenden Sinnsetzungen, die den einzelnen zu gesundheitsförderlichem oder gesundheitsschädigendem Verhalten veranlassen, begriffen werden. Die "Vorstellung von einem mehrdimensionalen ätiologischen Kraftfeld des Gesundheitsverhaltens" (HORN u.a. 1984, 141) verdeutlicht die Unzulänglichkeit einer Gesundheitspolitik, die in erster Linie auf individuelle Verhaltensmodifikation ausgerichtet ist, dabei aber die psychosozialen Determinanten völlig unberücksichtigt läßt. Gesundheitsrisiken, bedingt durch Ernährungsgewohnheiten, Bewegungsverhalten, Genußmittelkonsum, Streß usw. stehen bei jedem Menschen in engem Zusammenhang mit seiner hochkomplexen alltäglichen Lebenswelt. Autoritative Aufklärungskampagnen mit kognitiven Vernunftappellen, gesundheitsschädigendes Verhalten zu ändern bzw. aufzugeben, erzeugen eher manifesten Widerstand, weil die Umsetzung solcher Forderungen in die Lebenspraxis mit subjektiven Interessen, Sinn- und Handlungsstrukturen kollidiert.

Gesundheitliches Risikoverhalten kann ebenso wie die organische Symptombildung als Versuch der Konfliktstillegung betrachtet werden. Jedes Individuum verfügt über ein bestimmtes Repertoire an Handlungsmustern, um die ständige Auseinandersetzung mit den Widersprüchen und Konflikten in seinem Alltag führen zu können. Wenn also in besonders konfliktbeladenen Situationen die Problemlösungskapazität nicht mehr ausreicht, um adäquat im Sinne von rational oder "vernünftig" zu reagieren, setzen Kompensations- und Verdrängungsmechanismen ein, um die Situation in irgendeiner Form überhaupt bewältigen zu können. Diese zumeist unbewußte Konfliktodynamik findet oftmals ihren Ausdruck in gesundheitsschädigendem oder jedenfalls gesundheitsgleichgültigem Verhalten, das freilich den Betroffenen für kurze Zeit von seinen Problemen befreit. In besonderem Maße zeigen Alkohol-, Drogen- und Medikamentengebrauch eine solche beruhigende Wirkung. Entscheidend für den Sinn solchen Handelns ist lediglich die augenblickliche Gewinnsituation. "Der - zum Teil durchaus bewußte - langfristige Schaden wird verniedlicht, in die ferne Zukunft verlegt oder irgendwelchen 'anderen' zugeschoben" (FRANZKOWIAK & WENZEL 1983, 410).

Geht man von der Annahme aus, daß gesundheitsriskantes Handeln kompensierende Funktionen erfüllt, erklärt sich auch der Widerstand gegen eine Gesundheitserziehung, die lediglich Verzicht fordert. Der einzelne hat keine adäquate Belohnung zu erwarten außer dem abstrakten Wert Gesundheit. Allein dafür soll er seine persönliche Strategie, aus überfordernden Situationen heraus Risiken zu übernehmen oder in Krankheit zu flüchten, aufgeben. Eine solche Annahme ist durchaus unrealistisch. Jedem Raucher ist das Phänomen vertraut, daß er in Streßsituationen häufiger zur Zigarette greift als sonst. In einer solchen Situation auf das Rauchen zu verzichten, würde möglicherweise den Zusammenbruch der gesamten durch Kompensation gestützten Bewältigungsstrategie zur Folge haben. Der Raucher verändert daher seine Strategie dahingehend, daß er vom Nikotin auf eine andere Droge umsteigt. Diese Risikoverlagerung ist bei vielen Alkoholikern beobachtet worden, die nach der Entwöhnung den Verzicht auf Alkohol durch eine andere Sucht kompensieren.

Gesundheitsriskantes Verhalten ist also oft an Situationen gebunden, in denen der einzelne mit dem Problem, zwischen widersprüchlichen Ansprüchen vermitteln zu müssen, überfordert ist. Die lebensweltliche Gesamtsituation wird derart komplex erlebt, daß die gesundheitserzieherische Mahnung nur noch ignoriert werden kann. Der Aufklärungsadressat kann seine Konfliktbewältigungsstrategie nicht auch noch hinsichtlich ihrer gesundheitlichen Folgen hinterfragen bzw. sein Verhalten durchkalkuliert an gesundheitsförderlichen Maßstäben orientieren. Die hier vorgebrachten Argumente gegen die mit dem Risikofaktorenmodell arbeitende Gesundheitsaufklärung und Gesundheitserziehung gehören natürlich zum sozialwissenschaftlichen Grundwissen, das heißt, sie beinhalten eine gewisse Banalität. Doch gerade weil dem so ist, wird die behauptete wissenschaftliche Grundlage der Risikovermeidung nur um so fragwürdiger. Medico-Pädagogik und Medico-Psychologie haben keineswegs die wissenschaftliche Basis, die ihre Vertreter dem Publikum vorspiegeln.

Gesundheitsverhalten als spezifisches Ergebnis eines lebenslangen Sozialisationsprozesses gewinnt seinen Sinn und seine Funktion vor allem auf dem Hintergrund der individuellen Lebensgeschichte, und es gewinnt diesen Sinn erst im Alltagsleben, in dem individuelles Verhalten sich an der Gruppenzugehörigkeit und damit an der Erwartung nach Anerkennung durch die Gruppenmitglieder ausrichtet. Gesundheitsverhalten ist ein Verhalten innerhalb der Vielzahl täglicher Auseinandersetzungen zwischen Individuum und gesellschaftlichen Anforderungen. Es gibt in der Regel keine Möglichkeit der Wahlfreiheit, sich für oder gegen gesundheits-schädigendes Verhalten zu entschließen. Die Orientierungsalternativen des sozialen Handelns sind immer bereits Bestandteil einer Situation, die von sozialen Be-

deutungen besetzt ist. Die Gesamtsituation, die sich aus den verschiedenen ökonomischen, ökologischen, sozialen und kulturellen Gruppenzugehörigkeiten ergibt und die sich daran ausrichtende Struktur unseres Alltags verlangt von uns Entscheidungen, die uns der Erfüllung unserer Wünsche möglichst nahe bringen sollen, ohne uns ins gesellschaftliche Abseits zu stellen. Gesundheitsappelle berufen sich demgegenüber einzig und allein auf die Vernunft des Erziehenden, sein Expertenwissen, und dann nachrangig auf die erforderliche Einsicht des Objekts. Nicht rauchen, nicht trinken, keinen Streß, viel Schlaf, viel Bewegung, kein häufig wechselnder Geschlechtsverkehr, frische Luft, gesunde, ausgewogene Ernährung usw. sind Forderungen, die ein einzelner, Vernünftiger gegen eine Gruppe "Unvernünftiger" nicht einlösen kann. Die Umorganisation seines jeweiligen Alltags wäre die wesentliche Bedingung dafür, weil - um es einmal ganz banal zu sagen - die Freunde eines Freundes, um ihn vom Trinken abzuhalten, bestimmt nicht allesamt mit ihm joggen werden, sie werden höchstens auf seine Gesundheit anstoßen. Der Wirkungs- und Erleichterungstrinker kann sich schwerlich den gesellschaftlich anerkannten Ritualen entziehen, ehe er nicht eine gleichwertige Gruppe mit anderen gegebenenfalls gesundheitsförderlicheren Verhaltensweisen gefunden hat.



Wer den Alltag verändern will, muß sich fragen, was der Alltag eigentlich darstellt und was er leistet. Alltägliche Probleme sind mit Trivialität behaftet, sie betreffen uns zwar, aber im allgemeinen denken wir, es lohne sich gar nicht, darüber zu reden. Wir wissen: Die Probleme werden sich immer und immer wieder wiederholen, wir werden sie vielleicht "irgendwie" bewältigen. Das Alltagsleben hat subtile, kaum faßbare Normen, denen wir ohnmächtig ausgeliefert sind. Das Gleichbleibende ist nicht zu fassen, aber der alltägliche Trott garantiert uns auch ein enormes Sicherheitsgefühl: Wir wissen, wie es läuft, wir kennen uns aus in den Situationen, die uns erwarten. Aus diesem Gefühl heraus entwickeln sich Veränderungsängste, und obwohl im Alltag immer etwas passiert, machen wir auch keine wirklichen Erfahrungen mehr, weil es eben nichts Besonderes ist, was da passiert. Genau wie wir unsere Körperlichkeit vergessen können und den damit verbundenen Bewegungsspielraum.

"Jeder Mensch ist für all sein Denken, Erleben und Handeln auf seinen Körper angewiesen - jeder Einzelne ist auf dem Hintergrund seiner alltäglichen Körpererfahrungen prinzipiell kompetent und betroffen zugleich. Dennoch ist der Körper und seine verletzlichste Funktion, die Gesundheit, bislang ein Gegenstand des medizinischen Denkens und des ärztlichen Blicks geblieben" (FRANZKOWIAK & WENZEL 1983, 393).

Wenn aber gesundheitsförderliche Veränderungen mit dem Risiko verbunden sind, als Spinner oder Außenseiter abgestempelt zu werden, scheint eine riskante Umgehensweise mit der eigenen Gesundheit, beispielsweise als kommunikationsfreudiger Raucher oder ständiger Kneipenbesucher, wahrlich lebensweltlich sinnvoller. Gerade weil das Alltägliche das Leben bestimmt, ist es unverständlich, warum die Gesundheitsaufklärer die Widerstände der Adressaten als Unvernunft brandmarken. Ihr Risikofaktorenmodell betont die prinzipielle Fähigkeit des einzelnen Menschen, seine riskante Lebensweise zu ändern, übersieht aber den Mangel an konkreten Möglichkeiten, die dem einzelnen zu einer Veränderung zur Verfügung stehen.

Alle Tätigkeiten, auch das Denken und die Funktionsfähigkeit des Körpers, werden in den Industriegesellschaften bewertet auf der Grundlage von Nützlichkeitsbewertungen und sogenannten Sachzwängen; Sinnlichkeit wird für den jeweiligen Gebrauch an kulturell definierte Orte und festgelegte Zeiten gebunden, zurechtgestutzt und abgedrängt. Daß risikoreicher Umgang mit der Gesundheit "Sinn, Perspektive und sogar Freude bescheren kann; und daß menschliches Alltagsverhalten sich nicht allein im kleinen Ausschnitt analytisch herausdestillierten 'Gesundheitsverhalten' erschöpft - solche Gedanken haben noch wenig Eingang in Planung und Begründung der Gesundheitsaufklärung gefunden" (FRANZKOWIAK & WENZEL 1983, 393).



Die gesellschaftliche Ressource Sinn ist knapp geworden. Der Begriff Sinngebung und die Aussage, daß etwas einen Sinn besitze, werden bezeichnenderweise durch die infantile Formel, daß etwas Sinn mache, ersetzt. Das Bedürfnis nach unbeschädigter, sinnvoller, sinnlicher Subjektivität, der Wunsch, vom Leben betroffen zu sein, manifestiert sich vielerorts und sucht sich einen alternativen Ausdruck. In diesem Zusammenhang ist gesundheitsriskantes Verhalten oft Protest gegen entfremdete Lebensbedingungen, Ausbruchsversuch, Fluchtweg und Fluchtlinie aus einem funktionalisierten Lebensalltag. Der eigene Körper stellt natürlich die wichtigste Option dar, subjektive, sinnliche Erfahrungen zu machen, persönliche Betroffenheit zu erleben. So lohnt sich der Verbrauch von Gesundheit und die Verschwendung der eigenen körperlichen Ressourcen. Vor allem stellt sich massiv die Frage: Wozu gesund sein oder bleiben? Für eine Zukunft, die vielleicht in wenigen Jahren nicht mehr existiert? Die man jeden Abend hinter sich begraben muß, an die nur noch ein ruchloser Optimist blauäugig und apfelbäckig glauben kann. Atomare Bedrohung und eine zerstörte, vergiftete Umwelt prägen das Lebensgefühl vieler Menschen, bewirken Resignation und Perspektivlosigkeit. Zukunftsvorstellungen sind nicht mehr zwangsläufig mit Orientierungen an Beruf und Familie verbunden, für die es sich lohnen würde, Gesundheit unbedingt zu erhalten und zu sichern. Wenn Zukunft schon keinen "Sinn macht", dann vielleicht doch die Gegenwart als totales Erlebnis. Und für dieses Erleben erscheint gesundheitsriskantes Verhalten kein zu hoher Preis zu sein. Eine wahnwitzige Raserei auf der Skipiste, ein Saufabend in der Kneipe, Drogenkonsum, verschwenderische Sexualität oder hysterisches Beziehungsgetue ermöglichen subjektive, sinnliche Erfahrungen, Betroffenheit am eigenen Leibe, helfen, das beklemmende Unwirklichkeitsgefühl loszuwerden. Die Sehnsucht, sich zu spüren, sich auszuleben, kann indessen oft nur auf Kosten der eigenen Gesundheit erfüllt werden. "Was ich mit meinem Körper mache, ist meine Angelegenheit", dieser Standpunkt wird als Ausdruck persönlicher Freiheit verstanden. Körperliche Verschwendung und gesundheitsriskantes Verhalten bilden einen notwendigen Gegenpol zum disziplinierten Arbeitsleben, zum reglementierten, erlebnisarmen Alltag. Mögliche Gesundheitsgefährdungen, deren Risiko vom Faktor einer als sehr abstrakt empfundenen Wahrscheinlichkeit abhängt, stehen in keinem sinnvollen Verhältnis zum momentanen Erlebnisgewinn. Das Bedürfnis nach Erlebnis drängt auf Befriedigung, die Erhaltung der Gesundheit bleibt eine abstrakte Größe.

Gesundheitsriskantem Verhalten liegen indessen nicht nur individuelle Sinnstrukturen und Motivationen zugrunde. Die Berücksichtigung dieser Aspekte, die Risikoverhalten in seiner Funktion als Kompensations- und Konfliktlösungsstrategie erklären, ist zwar ein unerläßliches Hauptfeld der Kritik an der Medico-Pädagogik. Dennoch dürfen übergeordnete Zwänge, deren Einfluß auf Gesundheit und Wohl

befinden sich die Menschen nicht entziehen können, nicht aus dem Blick geraten, um eine gesellschaftlich realistische Sicht der Dinge zu gewinnen. Die schöne Forderung, gesund zu leben, umschließt nicht nur den Appell an jeden einzelnen, auf schädigende Gewohnheiten und Genüsse zu verzichten, sondern betrifft in noch viel stärkerem Maße die Bedingungen, unter denen Menschen heutzutage leben müssen. Gesundheitssicherung erfordert nämlich eine Menge elementarer Voraussetzungen, die ebenfalls keineswegs individuell geschaffen werden können.

Im Zuge der Cholera- und Tuberkulose-Bekämpfung wurde im 19. Jahrhundert die Notwendigkeit erkannt, Wohn- und Arbeitsbedingungen zu verbessern, Trinkwasserversorgung und Abwässerbeseitigung sicherzustellen. Die heutige Gesellschaft steht vor ähnlichen Problemen, mit denen sich staatliche Politik zugleich auf einer Metaebene und vollkommen konkret im Detail auseinandersetzen müßte, anstatt zu individueller Verhaltensänderung aufzurufen. Es ist lediglich symbolische Politik, gepaart mit Verantwortungslosigkeit, dem einzelnen die Verantwortung für gesunde, ausgewogene Ernährung aufzuerlegen, wenn dem die Tatsache gegenübersteht, daß nahezu jedes Nahrungsmittel durch Schadstoffe belastet ist.

"Im Fleisch werden Rückstände von Cadmium und Blei, Hormonen und Antibiotika, Psychopharmaka, Nitrate zwecks Konservierung und chlororganische Verbindungen (Schädlingsbekämpfungsmittel), im Fisch Quecksilber, Arsen, Pestizide, Blei und Cadmium, im Gemüse Schwermetalle und Nitrate nachgewiesen" (PROJEKTGRUPPE "NATIONALE STRATEGIE GESUNDEHEIT 2000" 1984, 35).

Selbst die hochgelobten biodynamisch angebauten Kartoffeln enthalten wegen der Bodenverschmutzung mancherlei Gifte.

Neben den gesundheitsschädigenden ökologischen Bedingungen stellen Leistungsdruck und Konkurrenzkampf weitere krankmachende Faktoren dar. Arbeitsplatzknappheit hat zur Folge, daß Menschen Akkord- und Schichtarbeit leisten, sich Zeitdruck und Streß aussetzen, um den Lebensunterhalt bestreiten zu können. Nur eine verschwindende Minderheit kann sich den Luxus erlauben, ihren Arbeitsplatz aus gesundheitlichen Gründen aufzugeben, die Angst vor dem Arbeitsplatzverlust ist schon so manifest, daß trotz erheblicher körperlicher Beschwerden eine Krankschreibung strikt vermieden wird. Berufserkrankungen - Lärmschwerhörigkeit, Hauterkrankungen und Silikose stehen hier an erster Stelle - nehmen ständig zu, dadurch bedingte Arbeitsunfähigkeit und Frühinvalidität wegen schwerer chronischer Erkrankungen zwingen immer mehr Erwerbstätige zum vorzeitigen Ruhestand.

Wer gesundheitsriskante Lebensgewohnheiten, wie beispielsweise schädigenden Genußmittelkonsum, anprangert, müßte sich, so er sich nicht einem Ideologie- oder Demagogie-Verdacht aussetzen will, der Relevanz krankmachender Umwelt- und Arbeitsbedingungen bewußt sein, denen sich der einzelne nicht so ohne weiteres

entziehen kann. Die im Risikofaktorenmodell unterstellte Dimension der persönlichen "Freiheit zur Gesundheit" ist angesichts der Belastungen, denen Menschen in ihrer täglichen Lebenswelt ausgesetzt sind, zu einem winzigen Entscheidungsbe-  
reich reduziert worden.

Der Eigenverantwortung des einzelnen steht die Zuständigkeit staatlicher Büro-  
kratie gegenüber, die Forderung nach individuellem, gesundheitsförderlichem, ge-  
sundheitsbewußtem Verhalten wird offenbar stellvertretend für die Forderung nach  
politischen Maßnahmen zur Veränderung der Lebensbedingungen gestellt.

Versuchen wir zum Schluß noch einmal das Funktionieren der Verbindung zwischen  
präventiver Sozialmedizin und ihren multiformen pädagogischen und psychologi-  
schen Hilfsinstrumenten einerseits und dem Risikofaktorenmodell andererseits in  
einer Zusammenfassung der Thesen und Einsichten deutlich zu machen. Das Modell  
der Risikofaktorenmedizin ist deswegen entwickelt worden, um das Erregerparadigma  
überwinden zu helfen. Es stellt individuelle Verhaltensweisen als krankmachende  
Faktoren in den Vordergrund. Die Risikofaktorenmedizin als Sozialmedizin hat ne-



ben der analytischen auch eine präskriptive Komponente entwickelt: Aus ihren Feststellungen und Festlegungen ergibt sich für den einzelnen die Pflicht, gesundheitsriskantes Verhalten zu vermeiden bzw. sich nicht fahrlässig dem Risiko einer Erkrankung auszusetzen. In jedem Fall hat der einzelne die Konsequenzen einer möglichen Gesundheitsschädigung zu verantworten. Das Modell funktioniert folgendermaßen: Unterschiedliche Krankheitsbilder ohne feststellbare Erreger werden den verschiedenen Risikofaktoren zugeordnet. Ausmaß, Anzahl und Konstellation der jeweils bei einem bestimmten Individuum zusammentreffenden Faktoren werden als aussagekräftige Indizien für die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung gewertet, Prognose und Therapie werden hochgerechnet, zukünftige Ereignisse simuliert. Als optimale Form der Intervention wird die Prävention als stufenförmiges und qualitativ differenziertes Konzept angesehen. Dazu zählt erstens die rechtzeitige und genau kalkulierte Verabreichung von Medikamenten, zweitens die Anwendung von psychologischen und pädagogischen Sozialtechniken, die mittels Aufklärungs- und Informationskampagnen an den einzelnen herangetragen werden, um ihn zur Einsicht zu bringen, gesundheitsförderliche Lebensformen für sich verwirklichen zu müssen. Ob das anzustrebende gesundheitsförderliche Verhalten dem Gesamtbefinden des Betroffenen zuträglich ist, kann freilich für eine Medizin, die auf individuelle Verhaltensmodifikation setzt, kein Thema sein. Daher hat der sozialwissenschaftliche Anbau oder Vorbau dieser Medizin eher ornamentalen Charakter. Tatsächlich hat das Risikofaktorenmodell die Überwindung der Eindimensionalität moderner Medizin nicht zu bewirken vermocht. Dennoch war es kein Schlag ins Wasser. Das Risikofaktorenmodell hat die moderne Medizin viel geschmeidiger gemacht, hat ihr ein neues Vorfeld und einen neuen sozialmedizinischen Stellenwert verschafft. Vor allem aber ist ihre Funktion als Institution sozialer Kontrolle abermals gestärkt worden. Das wird zwar vehement geleugnet, aber die Tatsachen sind gleichwohl unbestreitbar. Sicherlich werden die Vertreter der Konzeption der Lebensweisen und die diversen Spielarten der Gesundheitsökologie und Psychosomatik behaupten, die Risikofaktorenmedizin sei ein alter Hut. Aus der Sicht des je spezifischen Avantgardismus mag das sogar seine Richtigkeit haben, jenseits dieser Sektorialitäten ist es aber eine schlichtweg falsche Behauptung. Die Karriere des Risikofaktorenmodells ist noch gar nicht an ihre Grenze gelangt, es hat sich lediglich die Hoffnung zerschlagen, daß mittels eines solchen Modells der Weg zu einer anderen, womöglich alternativen Medizin bereitet worden wäre.

Ziehen wir in diesem Zusammenhang auch noch einmal die Verbindung zur Sozial- und Gesundheitspolitik: Die staatliche Zuständigkeit für Gesundheitsfragen reduziert sich in der dargestellten Strategie auf Verhaltensmaßregelungen, Kontrolle

und Sanktionen gegenüber einzelnen Menschen, auf die auch die eigentliche Verantwortung abgewälzt wird. Die Relevanz entsprechender gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen soll hier nicht in Abrede gestellt werden, aber die Zuständigkeit, Rahmenbedingungen zu schaffen, innerhalb derer ein "gesundes Leben" möglich ist, kann nicht bloß an die Betroffenen in ihrem alltäglichen und lebensweltlichen Reproduktionsbereich delegiert werden, wenn nicht gleichzeitig Gesundheitspolitik wirksame Unterstützung dieser Forderung gewährleistet. In dem sicher unvermeidlichen Balanceakt zwischen Eigenverantwortlichkeit des einzelnen und der Zuständigkeit offizieller Instanzen hilft die staatlich gelenkte Gesundheitserziehung in massiver Weise das Gewicht auf die Opfer der Verhältnisse zu verlagern.

#### LITERATUR:

- ABHOLZ, H.H., u.a. (Hrsg.): Risikofaktorenmedizin, Konzepte und Kontroversen. Berlin, New York 1982 (mit ausführlichen bibliographischen Angaben)
- ANTONS, K./Schulz, W.: Normales Trinken und Suchtentwicklung. Theorien und empirische Ergebnisse interdisziplinärer Forschung zum sozialintegrierten Alkoholkonsum und süchtigen Alkoholismus, Bd. 1. Toronto, Zürich 1976
- ARGUMENT-REDAKTION (Hrsg.): Jahrbuch für kritische Medizin, Bd. 2. Berlin (West) 1977 (= Argumente-Sonderband AS 17)
- ARGUMENT-REDAKTION (Hrsg.): Argumente für eine soziale Medizin IX - Prävention. Berlin (West) 1981 (= Argumente-Sonderband AS 64)
- BADURA, B.: Volksmedizin und Gesundheitsvorsorge. In: WSI-Mitteilungen 31, 1978, S. 342-548
- BADURA, B.: Sozialepidemiologie in Theorie und Praxis. In: BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (Hrsg.): Europäische Monographien zur Forschung in Gesundheitserziehung, H. 5, 1983, S. 30-48
- BADURA, B./FERBER, C.v.: Einwände gegen Uta Gerhardts und Hannes Friedrichs 'Risikofaktoren, primäre Prävention und das Problem des richtigen Lebens'. In: Medizinische Soziologie, Jahrbuch 4, 1985, S. 128-144
- BECKER, K./FRANZKOWIAK, P.: Gesundheitsorientierte Selbsthilfe und soziale Aktion. In: ABHOLZ, H.H., u.a. (Hrsg.): Risikofaktorenmedizin, a.a.O.
- BEYER, J.: Bausteine einer psychosozialen Medizin. In: Psychologie heute, H. 3, 1983, S. 70 ff.
- BORGERS, D.: Primärprävention von Volkskrankheiten: Biotechnischer Eingriff und soziale Prävention. In: ARGUMENT-REDAKTION (Hrsg.): Argumente für eine soziale Medizin, a.a.O.
- BUNDESMINISTER FÜR FORSCHUNG UND TECHNOLOGIE (Hrsg.): Forschung zur Gesundheitsvorsorge. Herz-Kreislauf-Krankheiten. Ein Förderschwerpunkt im Rahmen des Programms "Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit". Bonn 1984
- BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (Hrsg.): Europäische Monographien zur Forschung in Gesundheitserziehung, Bd. 5. Köln 1983

DEUTSCHE ZENTRALE FÜR VOLKSGESUNDHEITSPFLEGE e.V. (Hrsg.): Primäre Gesundheitsversorgung. Von der Theorie zur Praxis. Frankfurt/M. 1981

DREITZEL, H.-P.: Die gesellschaftlichen Leiden und das Leiden an der Gesellschaft. Stuttgart 1980<sup>3</sup>

ERBEN, R./FRANKOWIAK, P./WENZEL, E.: Die Ökologie des Körpers. Konzeptionelle Überlegungen zur Gesundheitsförderung. In: WENZEL, E. (Hrsg.): Die Ökologie des Körpers, a.a.O., S. 13-120

EVERS, A./NOWOTNY, H.: Über den Umgang mit Unsicherheit. Frankfurt/M. 1987

FRANKOWIAK, P./WENZEL, E.: Risiko und Verschwendung: Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitsverhalten Jugendlicher. In: Neue Praxis, 13. Jg., H. 4, 1983

FRANKOWIAK, P.: Kleine Freuden, kleine Fluchten. Alltägliches Risikoverhalten und medizinische Gefährdungsideologie. In: WENZEL, E. (Hrsg.): Die Ökologie des Körpers, a.a.O., S. 121-174

FRIEDRICH, H.: Rationalität, Magie und Interesse: Die Medizin als biotechnisches und soziales Handlungssystem. In: Medizinische Soziologie, Jahrbuch 3, 1983, S. 215-236

GARBE, C.: Das Risikofaktorenkonzept der koronaren Herzkrankheiten vor dem Hintergrund der sozialhygienischen Erforschung und Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit. In: ABHOLZ, H.H., u.a. (Hrsg.): Risikofaktorenmedizin, a.a.O.

GERHARDT, U.: Probleme der Definition sozialer Risikofaktoren. In: ABHOLZ, H.H., u.a. (Hrsg.): Risikofaktorenmedizin, a.a.O.

GERHARDT, U./FRIEDRICH, H.: Risikofaktoren, primäre Prävention und das Problem des richtigen Lebens. Zur Funktion der Soziologie in der Medizin. In: Medizinische Soziologie, Jahrbuch 4, 1985, S. 107-127

GROETSCH, R.: Belastungen, Bewältigungsressourcen und Herz-Kreislauf-Risiken. Zusammenhangsanalysen. Diss. phil., Universität Bremen 1984

GRONEMEYER, M.: Anders leben - anders lernen - anders leisten. Impressionen zu einem Kongreß über 'Alternativ leben'. In: Frankfurter Hefte, H. 8, 1980

GRUBITZSCH, S.: Sozialkontrollen im Reform-Look. Zum Menschenbild im sozialwissenschaftlichen Krankheitsmodell. In: Psychosoziale Versorgung. Dienst am Menschen oder soziale Kontrolle. Oldenburg 1980

HENDRICH, A.: Ernährung als Gesundheitsrisiko. Eine Fallstudie psychosozialer Bestimmungsgründe des Verzehrs "gesunder" Nahrungsmittel. Frankfurt/M. 1987

HORN, K.: "Bemerkungen zur Situation des 'subjektiven Faktors' in der hochindustrialisierten Gesellschaft kapitalistischer Struktur. In: Ders. (Hrsg.): Gruppendynamik und der 'subjektive Faktor'. Repressive Entsublimierung oder politisierende Praxis. Frankfurt/M. 1972

HORN, K.: Das Psychoanalytische als Teil eines sozialwissenschaftlichen Krankheitskonzepts. In: Informationen über Psychoanalyse, 1974

HORN, K.: Gesundheitserziehung im Verhältnis zu anderen sozialisatorischen Einflüssen. Grenzen individueller Problemlösungsmöglichkeiten. In: BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFLÄRUNG (Hrsg.): Europäische Monographien ..., a.a.O.

HORN, K., u.a.: Gesundheitsverhalten und Krankheitsgewinn. Opladen 1984

KARMAUS, W.: Phasen präventiver Strategien. In: ABHOLZ, H.H., u.a. (Hrsg.): Risikofaktorenmedizin, a.a.O.

KICKBUSCH, I.: Lebensweisen und Gesundheit. Einführende Betrachtungen. In: BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFLÄRUNG (Hrsg.): Europäische Monographien ..., a.a.O.

- LABISCH, A.: Die Wiederaneignung der Gesundheit - Zur sozialen Funktion des Gesundheitsbegriffs. In: Argument-Sonderband, AS 113, S. 13-32
- LABISCH, A.: Der präventive Staat oder Kraft durch Freude - eine kritische Bestandsaufnahme (zur Funktion der Gesundheit in Industriegesellschaften). In: Drogalkohol, H. 10, 1986, S. 71-89
- O'NEILL, P.: Gesundheit 2000 - Krise und Hoffnung. Berlin (West) 1984
- OVERBECK, G.: Krankheit als Anpassung. Der sozial-psychosomatische Zirkel. Frankfurt/M. 1984
- PROJEKTGRUPPE "Nationale Strategie Gesundheit 2000" (Hrsg.): Gesund sein 2000 - Wege und Vorschläge. Berlin (West) 1984
- RAPOPORT, A.: Risiko und Sicherheit in der heutigen Gesellschaft: Die subjektiven Aspekte des Risikobegriffs. In: Leviathan, 16. Jg., H. 1, 1988, S. 123-136
- REGENBOGENFRAKTION IM EUROPÄISCHEN PARLAMENT (Hrsg.): Protokoll der ersten Europäischen Konferenz zum Thema "Arbeit und Gesundheit", 19./20. Januar 1987. Brüssel und Berlin 1988
- RITTNER, V.: Affekte, Selbstkontrolle und Langsicht. In: KAMPER, D./RITTNER, V. (Hrsg.): Zur Geschichte des Körpers. München 1976, S. 204-207
- SHORT, J.F.: The Social Fabric of Risk: Towards the Social Transformation of Risk Analysis. In: American Sociological Review, Vol. 49, 1984, S. 711-725
- SLOTERDIJK, P.: Kritik der zynischen Vernunft, Bd. 1 und 2. Frankfurt/M. 1983
- WAMBACH, M.M. (Hrsg.): Der Mensch als Risiko. Frankfurt/M. 1983
- WENZEL, E.: Die Auswirkungen von Lebensbedingungen und Lebensweisen auf die Gesundheit. Synthese eines Seminars. In: BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDEITLICHE AUFLÄRUNG (Hrsg.): Europäische Monographien ..., a.a.O., 1983a
- WENZEL, E.: Verhaltensrisiken und Lebensrisiken. In: WAMBACH, M.M. (Hrsg.): Der Mensch als Risiko, a.a.O., 1983b
- WENZEL, E. (Hrsg.): Die Ökologie des Körpers. Frankfurt/M. 1986

Max Wambach  
Kohlhökerstraße 62  
2800 Bremen